様式３

**質　問　書**

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

担当者氏名

電話番号

提出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 入札件名 | 千葉県後期高齢者医療広域連合コールセンター業務委託 |
| 質問内容 | １．  ２．  ３． |